HomeCarePremium 2012 provincia del MEDIO CAMPIDANO ASLSanluri

PLUs

DISTRETTO DI SANLURI

Al Responsabile dell'Ufficio
per la Programmazione e Gestione dei Servizi alla Persona
Via A. R. Villasanta n. 17
09025 Sanluri (Vs)

PROGETTO "HOME CARE PREMIUM".
Progetti Innovativi e Sperimentali di Assistenza Domiciliare promossi da*ll'INPS –Gestione ex Inpdap*

Domanda di partecipazione

AVVISO PUBBLICO - MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO FORNITORI PER L'EROGAZIONE DI "PRESTAZIONI INTEGRATIVE" HCP 2014

Il/la sottoscritto/a _____nato/a a_____

il _____nella qualità di legale rappresentante della Società Coop. sociale _____con sede legale

in_____prov._____Via_____ tel_____

Fax_____email_____

PEC_____C.F._____

partita IVA_____ posizione INPS _____

posizione INAIL _____

CHIEDE

DI ESSERE INSERITO NELL'ELENCO FORNITORI DI "PRESTAZIONI INTEGRATIVE" HCP 2014,
per la fornitura delle seguenti prestazioni :

- Servizi professionali domiciliari (A)
- Servizi e strutture a carattere extra domiciliare (B)
- Sollievo (C)
- Trasferimento assistito (D)
- Pasto (E)
- Percorsi di integrazione scolastica (F)

A tal fine, ai sensi degli articoli 46, 47 e 48 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del sopracitato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

(BARRARE E COMPILARE LE CASELLE CHE INTERESSANO):

□ che l'impresa _____ che rappresenta è iscritta nel registro delle imprese della C.C.I.A.A. di _____ ed attesta i seguenti dati:

- n. di iscrizione nel Registro delle imprese_____:
- data di iscrizione _____;
- per le seguenti categorie di attività:

_____

_____

_____

□ Che l'Onlus, se tale, risulta regolarmente iscritta all'anagrafe tributaria per le seguenti attività:

_____

_____

_____

□ che la cooperativa sociale, se tale, risulta regolarmente iscritta all'albo Albo regionale delle Cooperative Sociali della Regione_____al n._____, ai sensi della L.381/91 e L.R. n°16/97

□ che la cooperativa sociale, se tale, risulta regolarmente iscritta all'Albo delle Società Cooperative istituito presso la Direzione generale del Ministero delle Attività Produttive ex D.M. 23.06.2004, con il seguente oggetto sociale:

_____

_____

□ che L'Associazione di promozione sociale, se tale, risulta regolarmente iscritta nel corrispondente registro ex L.383/2000 e possiede un atto costitutivo o statuto con i seguenti fini istituzionali:

_____

_____

□ che non sussistono ipotesi di esclusione di cui all'art. 80, Del D.Lgs. n. 50/2016;

□ di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili così come previsto dall'art. 17 della legge 12.03.99 n°68.:

- L'indirizzo dell'Ufficio competente INPS è _____;
- Il numero di Matricola INPS è _____
- Il numero posizione assicurativa Territoriale INAIL è _____;
- L'indirizzo dell'Ufficio provinciale competente al quale rivolgersi per la verifica del rispetto della L. n°68/99 è _____;

□ che l'impresa stessa è in regola con i versamenti previdenziali

□ che l'impresa rispetta il contratto collettivo di lavoro nazionale e, se esistenti, gli integrativi territoriali e/o aziendali, nonché di tutti gli adempimenti di legge nei confronti dei lavoratori dipendenti o soci

□ di non essersi avvalsi del piano individuale di emersione di cui all'art. 1-bis della L. n° 383/2001

□ di essersi avvalsi del piano individuale di emersione di cui all'art. 1-bis della L. n°383/2001 con conclusione del periodo di emersione

□ che la ditta che rappresenta ha svolto, a regola d'arte e con buon esito, i seguenti servizi identici e/o analoghi a quelli oggetto del presente affidamento:

Periodo	**Descrizione**	**Committente**

□ di essere in regola con gli adempimenti connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori contenute nel, D.Lgs. n°81/2008 e ss.mm.e.ii.

□ Che i soggetti di seguito elencati rivestono le cariche di Amministratori muniti di legale rappresentanza:

_____

_____

e di Direttori tecnici:

_____

_____

□ Che i soggetti cessati dalla carica nel triennio antecedente la data di pubblicazione del presente avviso sono i seguenti: (titolari, direttori tecnici, amministratori muniti di legale rappresentanza, soci accomandatari):

_____

_____

□ di possedere almeno 18 mesi di esperienza in servizi socio assistenziali e/o socio educativi per conto di Enti pubblici e/o privati maturati nell'ultimo quinquennio antecedente alla data di scadenza del presente avviso;

□ Che la ditta manifesta il proprio interesse per l'erogazione delle prestazioni integrative nei seguenti Comuni come indicato in tabella (indicare con una crocetta per quali Comuni e per quali servizi la ditta intende candidarsi):

COMUNI	A	B	C	D	E	F
Barumini						
Collinas						
Furtei						
Genuri						
Gesturi						
Las Plassas						
Lunamatrona						
Pauli Arbarei						
Samassi						
Sanluri						
Segariu						
Serramanna						
Serrenti						
Setzu						
Siddi						
Tuili						
Turri						
Ussaramanna						
Villamar						
Villanovaforru						
Villanovafranca						

Legenda:

- Servizi professionali domiciliari (A)
- Servizi e strutture a carattere extra domiciliare (B)
- Sollievo (C)
- Trasferimento assistito (D)
- Pasto (E)
- Percorsi di integrazione scolastica (F)

□ che la ditta dispone di operatori ADEST o OSS con esperienza di almeno 12 mesi come di seguito indicato:

Operatori Adest:	N.	Operatori OSS:	N.

□ che la ditta dispone di mezzo di trasporto idoneo a trasportare persone :
modello _____ targa _____

□ che il suddetto mezzo è idoneo a trasportare persone disabili

□ che la ditta possiede la certificazione di qualità UNI EN ISO 9001

□ che l'impresa ha il Bilancio in attivo

□ che I l'impresa ha il Bilancio in pareggio

□ dichiara che l/gli istituto/i di credito presso i quali l'Ente potrà effettuare verifiche ai sensi è/sono (indicare denominazione , indirizzo, località, recapito telefonico)

_____

_____

_____

Dichiara altresì

- di aver preso visione e di accettare integralmente tutte le condizioni contenute nell'avviso;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui al titolo III, capo I del D.Lgs. n. 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e per gli eventuali procedimenti amministrativi e giurisdizionali conseguenti;
- che le comunicazioni destinate alla ditta devono essere effettuate ai seguenti recapiti:

Indirizzo : Via_____N._____Cap_____

Località_____Prov_____

Tel. n._____Fax n. _____

Indirizzo email _____@_____

P.E.C. _____@_____

Lì,_____

TIMBRO DELL'IMPRESA/SOCIETA'
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

N.B.: La presente istanza-dichiarazione, sottoscritta dal legale rappresentante della Ditta o da persona autorizzata ad impegnare la stessa, mediante delega o procura da allegare contestualmente in copia, deve essere altresì corredata da fotocopia semplice di valido documento di identità del sottoscrittore.

Nel caso in cui lo spazio a disposizione nel modulo non fosse sufficiente ad inserire i dati relativi alla ditta le pagine necessarie potranno essere duplicate. Il modulo è comunque scaricabile in formato word modificabile, direttamente dal sito web del Comune di Sanluri all'indirizzo www.comune.sanluri.vs.it